**Aanmeldingsformulier Zorginstantie Zorg-Los**

Algemene gegevens:

Datum:

|  |
| --- |
|  |

Ingevuld door:

|  |
| --- |
|  |

Aanmeldingsdatum:

|  |
| --- |
|  |

Gegevens van de zorgvrager die wordt aangemeld:

Geboortenaam:

|  |
| --- |
|  |

Voorvoegsels:

|  |
| --- |
|  |

Voornamen:

|  |
| --- |
|  |

Voorletters:

|  |
| --- |
|  |

Roepnaam:

|  |
| --- |
|  |

Geslacht:

|  |
| --- |
|  |

Burgerlijke staat:

|  |
| --- |
|  |

Partnernaam:

|  |
| --- |
|  |

Voorvoegsels:

|  |
| --- |
|  |

Straatnaam:

|  |
| --- |
|  |

Nummer:

|  |
| --- |
|  |

Postcode:

|  |
| --- |
|  |

Woonplaats:

|  |
| --- |
|  |

Telefoonnummer:

|  |
| --- |
|  |

Mobiel nummer:

|  |
| --- |
|  |

E-mail:

|  |
| --- |
|  |

Geboortedatum:

|  |
| --- |
|  |

Geboorteplaats:

|  |
| --- |
|  |

Geboorteland:

|  |
| --- |
|  |

Nationaliteit:

|  |
| --- |
|  |

Verblijfsvergunning:

* Ja
* NEE
* N.v.t.
* Geldig tot

|  |
| --- |
|  |

Spreektaal:

|  |
| --- |
|  |

BSN-nummer:

|  |
| --- |
|  |

Heeft de zorgvrager kinderen, broers of zussen:

|  |
| --- |
|  |

Netwerk:

|  |
| --- |
|  |

Aanmelder

Naam aanmelder:

|  |
| --- |
|  |

Relatie tot zorgvrager:

|  |
| --- |
|  |

Organisatie:

|  |
| --- |
|  |

Adres en woonplaats:

|  |
| --- |
|  |

Telefoonnummer:

|  |
| --- |
|  |

E-mail:

|  |
| --- |
|  |

Vervanger van aanmelder:

|  |
| --- |
|  |

Wettelijke vertegenwoordiger zorgvrager:

* Nee
* Ja

Contactpersoon:

Naam en voorletters contactpersoon:

|  |
| --- |
|  |

Relatie tot de zorgvrager:

|  |
| --- |
|  |

Adres, postcode en woonplaats:

|  |
| --- |
|  |

Telefoonnummers:

|  |
| --- |
|  |

E-mail

|  |
| --- |
|  |

Huisarts:

|  |
| --- |
|  |

Huisvesting

Woongeschiedenis:

|  |
| --- |
|  |

Huidige woonsituatie:

|  |
| --- |
|  |

Levensdomeinen:

Levensloop/geschiedenis:

|  |
| --- |
|  |

Sociaal psychisch:

|  |
| --- |
|  |

Zingeving:

|  |
| --- |
|  |

Levens of geloofsovertuiging:

|  |
| --- |
|  |

Persoonlijk functioneren:

|  |
| --- |
|  |

Persoonlijke verzorging:

|  |
| --- |
|  |

Medische/lichamelijk functioneren:

|  |
| --- |
|  |

Medicatie

|  |
| --- |
|  |

Zo ja medicatiegebruik:

* In eigen beheer
* Of onder toezicht

Werkervaring:

|  |
| --- |
|  |

Dagbesteding/dagbehandeling:

|  |
| --- |
|  |

Huishoudelijke taken:

|  |
| --- |
|  |

Hobby’s/vrijetijdsbesteding:

|  |
| --- |
|  |

Opleiding:

|  |
| --- |
|  |

Is er sprake van schooluitval? Zo ja, wat is hiervan de reden?

|  |
| --- |
|  |

Heeft de zorgvrager een non-reanimatieverklaring:

* Ja, zo ja graag kopie bijsluiten
* Nee

Hulpvraag/zorgvraag

Zorgvraag zorgvrager:

|  |
| --- |
|  |

Zorgvraag aanmelder:

|  |
| --- |
|  |

Motivatie voor zorg:

* Ja
* Nee

Is er sprake van een contra-indicatie, zoals een actieve verslaving (alcohol-drugs), ernstige agressie problematiek en/of seksueel grensoverschrijdend gedrag?

|  |
| --- |
|  |

Strafblad:

* Ja
* Nee

Financiën:

Inkomstenbron:

|  |
| --- |
|  |

Zorg:

Welke zorg wil de zorgvrager ontvangen?

* Dagbehandeling
* Avondopvang
* Educatie
* Faalangsttraining
* Groepsbehandeling
* Individuele therapie
* Diagnostiek
* Ambulant
* Wonen
* Logeren

Per wanneer is de zorg gewenst?

|  |
| --- |
|  |

Is deze zorg ook bij andere zorgaanbieders aangemeld?

|  |
| --- |
|  |

Ontvangt de zorgvrager bij andere zorgaanbieders zorg? Zo ja welke zorg ontvangt de zorgvrager bij welke zorgaanbieder?

|  |
| --- |
|  |

Welke zorgaanbieder heeft de voorkeur voor het leveren van zorg waarvoor de zorgvrager wordt aangemeld?

|  |
| --- |
|  |

Is bij deze aanmelding nog verdere relevante informatie die u van belang vindt om te melden?

|  |
| --- |
|  |

Indicatie:

Is er een geldige indicatie?

* Ja
* Nee

Is er hulp nodig bij het aanvragen van de juiste indicatie:

* Ja
* Nee

Financiering vorm

* PGB
* Zorg in Natura

Zorgindicatie voor:

* WMO
* Jeugd
* WLZ

S-GGZ (in te vullen door zorgaanbieder):

* Nee
* Zo ja regiebehandelaar koppelen:……………………………….

Vervolgafspraken m.b.t. aanvang zorg:

|  |
| --- |
|  |

Naast het aanmeldformulier ontvangen wij het volgende:

* Diagnostiek/behandelrapportage
* Andere relevante informatie

ID check vindt plaats tijdens het intakegesprek.